Institut de la statistique du Québec

ÉTUDE LONGITUDINALE DU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DU QUÉBEC (ÉLDEQ 1998-2002)

LES NOURRISSONS DE 5 MOIS

Habitudes reliées à la santé buccodentaire

Volume 1, numéro 6

COLLECTION **la santé et le bien-être**

Québec

Pour tout renseignement concernant l'ISQ et les
données statistiques qui y sont disponibles
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, Chemin Ste-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : (418) 691-2401
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel)

Site WEB : http://www.stat.gouv.qc.ca

Cette publication a été réalisée et produite par
l'Institut de la statistique du Québec.

Les Publications du Québec
en assurent la distribution.

Les Publications du Québec
1500-D, boul. Charest Ouest
Ste -Foy (Québec)
G1N 2E5

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Deuxième trimestre 2000
ISBN 2-551-19327-3
ISBN 2-551-19905-0

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction est interdite
sans l'autorisation expresse
de l'Institut de la statistique du Québec.

Mai 2000

100-06990/

Avant-propos

Comme la majorité des pays industrialisés, le Québec et le Canada constatent depuis plus de vingt ans l'augmentation importante des coûts liés à la mésadaptation des individus, et des jeunes en particulier, à leur environnement. Par le biais de *l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ 1998-2002), la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec(ISQ), en association avec un groupe de chercheurs universitaires, offrent aux instances gouvernementales de même qu'aux professionnels et aux intervenants – confrontés quotidiennement aux méfaits de l'inadaptation du jeune enfant – un outil indispensable tant pour l'action que pour la prévention.

Plus spécifiquement, ce projet d'étude longitudinale d'une cohorte de naissances origine d'une collaboration entre des chercheurs universitaires et Santé Québec[1] pour donner au Québec les moyens de prévenir des problèmes extrêmement coûteux financièrement, socialement et humainement, soit l'abandon scolaire, la délinquance, le suicide, la toxicomanie, la violence familiale, etc. Au Québec, comme dans d'autres pays (Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande, États-Unis), nous avons préconisé le recours à l'étude longitudinale de l'enfant de 0 à 5 ans (2 223 enfants pour la présente étude et 600 paires de jumeaux d'une seconde étude associée) pour mieux cerner les facteurs influençant son développement et son adaptation psychosociale au milieu.

L'ÉLDEQ 1998-2002 a comme objectif général de connaître les PRÉCURSEURS de l'adaptation en milieu scolaire, d'identifier les CHEMINEMENTS de cette adaptation et d'évaluer ses CONSÉQUENCES à moyen et à long termes. L'ÉLDEQ 1998-2002 s'inscrit tout à fait dans la suite logique de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ, Canada). Ces enquêtes longitudinales québécoise et canadienne sont à la fois comparables et complémentaires puisqu'elles ont favorisé des méthodologies d'enquête distinctes, des échantillons de départ constitués différemment, et des instruments pratiquement identiques dans certains cas et différents pour environ le tiers de l'enquête ÉLDEQ. Ce premier rapport permet de mettre en lumière l'énorme potentiel des données que renferme cette étude. Au fil des ans, soit en passant des analyses descriptives – des résultats de la première année de l'enquête – aux analyses longitudinales des années subséquentes, la richesse des données s'en trouvera décuplée. En permettant la mise à jour des connaissances sur le développement des tout-petits, le suivi longitudinal annuel viendra répondre à des besoins que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, bailleur de fonds des collectes de données de l'étude) avait énoncés tant dans le Rapport du Groupe de travail pour les jeunes (Rapport Bouchard, 1991, *Un Québec fou de ses enfants*) que dans la *Politique de la santé et du bien-être* (1992) et dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

Le directeur général,

Yvon Fortin

1. Santé Québec est officiellement devenu une direction de l'ISQ, le 1er avril 1999.

Les auteurs du numéro 6 du volume 1 de l'ÉLDEQ 1998-2002 sont :

Ginette Veilleux, Marie Olivier, Jacques Durocher, Martin Généreux et Michel Lévy
Dentistes-conseils *à la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) de Montréal-Centre*

Avec la collaboration de :

Daniel Picard
Dentiste-conseil à la *Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre*

Avec l'assistance technique de :

Martin Boivin, agent de recherche, *Direction Santé Québec, Institut de la statistique du Québec*
Émanuelle Huberdeau, technicienne en recherche, *Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre*
Nicole Leduc, secrétaire, *Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal-Centre*
France Lozeau à la mise en page, *Direction Santé Québec, ISQ*
Nicole Descroisselles, à la révision linguistique, *Direction des normes et de l'information, ISQ*

Les lecteurs/lectrices externes :

Louise Beaudry, *Centre de santé publique de Québec*
André Lavallière, *Direction de la santé publique, RRSSS de l'Estrie*
Stephane Schwartz, *Hôpital général de Montréal pour enfants*

Le volume 1 de l'ÉLDEQ 1998-2002 est réalisé par :

la Direction Santé Québec de l'ISQ

L'ÉLDEQ 1998-2002 est subventionnée par :

le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)
le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS)
le Conseil de la recherche en sciences humaines (CRSH)
le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS)
le Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR)
le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

L'ÉLDEQ 1998-2002 est sous la direction de :

Mireille Jetté, coordonnateure
Hélène Desrosiers, agente de recherche
Richard E. Tremblay, directeur de l'ÉLDEQ 1998-2002
Josette Thibault, agente de recherche

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction Santé Québec
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 1620
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : (514) 873-4749 ou
Téléphone : 1 800 463-4090 (aucuns frais d'appel)
Télécopieur : (514) 864-9919
Site WEB : http://www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée :

VEILLEUX, G., M. OLIVIER, J. DUROCHER, M. GÉNÉREUX et M. LÉVY (2000). « Habitudes reliées à la santé buccodentaire » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol.1, n° 6.

Ce numéro est aussi disponible en version anglaise. [This paper is also available in English under the title : "Habits Related to Oral and Dental Health" in *Longitudinal Study of Child Development in Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Vol. 1, No. 6].

Avertissements :

À moins d'avis contraire, dans les tableaux, « n » représente les données pondérées ramenées à la taille de l'échantillon initial.

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans ce numéro sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et figures.

La pondération et l'effet dû au plan de sondage complexe ont été considérés dans le calcul des estimations et de la précision des estimations. La précision des estimations de proportion a été calculée à l'aide d'un effet de plan moyen. Cette approche a aussi été favorisée pour les tests du chi-carré, sauf pour les cas litigieux où le logiciel spécialisé SUDAAN a été employé. Pour toutes les autres analyses, SUDAAN a été utilisé. À noter que les hypothèses de base, telle la normalité des données, ont été vérifiées avant d'appliquer les tests statistiques sélectionnés.

Signes conventionnels

... N'ayant pas lieu de figurer
.. Donnée non disponible
– Néant ou zéro
p < Réfère au seuil de signification

Abréviations

CV	Coefficient de variation
nd	Non disponible
Non sig.	Test non significatif

Remerciements

Selon la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la mise en place et la réalisation de *l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)* sont entièrement tributaires de la synergie des forces vives présentes tout au long d'un processus d'enquête de cette envergure. Depuis 1995, des individus, des groupes et des organismes d'horizons divers, une maison de sondages et le personnel de Santé Québec sont devenus autant de maillons indispensables à la concrétisation de cet ambitieux projet que représente la première enquête longitudinale annuelle auprès de jeunes enfants québécois rencontrés une première fois à l'âge de 5 mois.

Ce qui caractérise encore davantage ce projet c'est que chaque année un prétest et une enquête sont réalisés. Pour ce faire, on doit annuellement : 1) construire deux séries d'instruments (prétest et enquête); 2) réaliser deux collectes; 3) analyser deux séries de données; et 4) mettre en branle la production de deux types d'informations. Les résultats de chaque prétest doivent permettre la construction finale des instruments de l'enquête que celui-ci précède de 17 mois. Quant à ceux des enquêtes, ils seront transmis aux parents, diffusés dans des rapports, des faits saillants, des publications et des communications scientifiques ou d'intérêt général. Ainsi, dans le cas de la présente étude longitudinale, c'est ANNUELLEMENT que les collaborateurs à la collecte, de même que ceux en aval et en amont de cette cruciale étape, doivent mettre l'épaule à la roue. Notre profonde reconnaissance leur est acquise d'autant plus que l'effort exigé d'eux est colossal et s'étire sur une période de 8 ANS, soit de 1996 (premier prétest) à 2004 (sortie du dernier rapport longitudinal)!

Dans un premier temps, force est de reconnaître que sans Daniel Tremblay (directeur de Santé Québec depuis 1994, devenu la Direction Santé Québec de l'ISQ), Christine Colin (sous-ministre adjointe à la Direction générale de la santé publique, 1993-1998), Aline Émond (directeure de Santé Québec, 1986-1993), Richard E. Tremblay (directeur du projet de recherche ÉLDEQ) et Marc Renaud (président du CQRS, 1991-1997), l'ÉLDEQ 1998-2002, aussi connue sous le nom « En 2002... J'aurai 5 ans! », n'aurait jamais vu le jour. Ils ont tour à tour et conjointement développé, défendu et obtenu le financement de cette étude. Merci pour votre ténacité.

Merci à tous les chercheurs, de même qu'au personnel de leur groupe de recherche respectif, pour leur détermination qui ne s'est jamais démentie à travers les années. Leurs subventions de recherche mises en commun permettent chaque année de développer les instruments, d'analyser les données et de publier d'aussi riches résultats.

Merci également à Lyne Des Groseilliers (statisticienne de l'ÉLDEQ depuis 1996), Robert Courtemanche (statisticien- conseil) et France Lapointe (statisticienne de l'ÉLDEQ, 1995- 1996). Trois collègues de la Direction de la méthodologie et des enquêtes spéciales de l'ISQ qui ont su baliser avec justesse le parcours relativement sinueux de cette grande première.

Un merci très particulier à tous les maîtres d'œuvre de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ, Canada). Sans leur expertise, leurs conseils et leur générosité, notre enquête n'aurait pu se mettre en place. À l'instar d'une majorité des enfants de l'étude, l'ÉLDEQ apprend beaucoup de l'ELNEJ par *modeling*.

Notre gratitude va également au personnel du Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant (GRIP). Sans l'expertise informatique mise au service de l'ÉLDEQ, une partie des instruments de l'enquête n'auraient jamais été informatisés avec une aussi grande qualité.

Merci au personnel œuvrant au Service de support aux opérations de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ); sans leur efficience moins de lettres d'introduction de l'enquête auraient trouvé leur chemin.

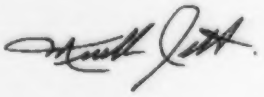
Nos plus sincères remerciements vont également au personnel du Bureau d'interviewers professionnels (BIP). Cette maison de sondages est responsable de la collecte des données des prétests et enquêtes depuis 1996 de même que du suivi des familles à l'intérieur comme à l'extérieur du territoire québécois. Madame Lucie Leclerc, à titre de présidente, a marqué du sceau de la qualité les complexes et multiples collectes de données. Assistée de Madame Véronique Dorison, la dirigeante du BIP a su inculquer aux intervieweures dédiées à l'enquête un très grand respect des familles répondantes de même qu'une rigueur sans faille à l'égard

de toutes les normes régissant cette grande première, faut-il le rappeler.

Un grand merci aux directeurs généraux, de même qu'aux directeurs des services professionnels et au personnel des services des archives des quelque 80 hôpitaux de la province qui ont accepté de collaborer de manière exceptionnelle à notre étude à une époque où les ressources sont rares, l'essoufflement perceptible et où les services archivistiques de plusieurs hôpitaux ont fusionné ou sont en phase de le faire. La même précieuse collaboration s'est établie avec les maisons de naissance qui ont accepté de participer à cette première étude longitudinale québécoise. Enfin, merci à Julie Martineau qui, agissant à titre d'archiviste médicale, permet l'analyse des précieux renseignements médicaux en assurant une codification plus que rigoureuse des données parfois bien dissimulées dans les dossiers médicaux des enfants et de leurs mères.

Quant au personnel de la Direction Santé Québec directement rattaché à l'ÉLDEQ 1998-2002, il constitue la pierre angulaire de ce projet innovateur à pratiquement tous points de vue. Ainsi, doivent être remerciés pour leur apport soutenu à la réalisation de l'enquête : Hélène Desrosiers et Josette Thibault respectivement responsable de l'analyse des données et responsable de la création des instruments de mesure; Martin Boivin, Rolland Gaudet et Gérald Benoît qui n'eurent de limites au volet informatique de l'étude (programmation et traitement de données) que celles que les logiciels ou les progiciels leur imposaient; Suzanne Bernier-Messier et Diane Lord, avec qui la polyvalence trouve tout son sens, doivent organiser, coder et gérer d'innombrables informations qui assurent la poursuite de l'enquête. Non strictement rattachées à la cohorte mais qui y œuvrent de manière extrêmement importante : France Lacoursière, France Lozeau et Thérèse Cloutier qui ont peaufiné « l'image santé québécoise » de l'étude par leur travail d'édition, tant des instruments que des rapports ou des communications lors de congrès; finalement, Lise Ménard-Godin doit être remerciée pour son efficacité à la recherche documentaire et ses précieux conseils concernant de multiples aspects des instruments de collecte. L'ardeur, la disponibilité, la capacité d'adaptation et la compétence des personnes travaillant à la cohorte n'ont d'égal que l'enthousiasme que tous les partenaires démontrent à faire de cette étude une grande réussite.

Enfin, un merci très spécial doit être adressé aux 2 223 familles répondantes de l'enquête. Merci pour la confiance qu'elles ont manifestée à l'égard de la Direction Santé Québec et de ses partenaires. Grâce à la participation de leurs parents, ces enfants sont devenus les véritables acteurs de l'ÉLDEQ, ceux qui rendent possible, à court terme, une meilleure connaissance du processus d'adaptation psychosociale des enfants à leur environnement. À moyen et à long termes, on leur devra peut-être l'instauration de programmes de dépistage précoce, des actions préventives mieux ciblées et des interventions plus efficaces pour la clientèle si précieuse que constituent les enfants.



Mireille Jetté
Coordonnateur de projets
Direction Santé Québec - ISQ

Prévenir les difficultés d'adaptation sociale

Il suffit de considérer les coûts qu'entraînent les troubles du comportement des enfants, l'abandon scolaire, la délinquance, l'alcoolisme, la toxicomanie, la violence familiale, les maladies mentales et le suicide pour conclure qu'ils dépassent largement ce qu'une société moderne peut accepter sur le plan moral, comme sur le plan économique. Devant l'ampleur de ces problèmes, le premier réflexe est de donner à ces personnes en difficulté des services qui, idéalement, feront disparaître le problème, ou qui, tout au moins, le diminueront sensiblement. On tente depuis longtemps d'offrir de meilleurs services aux élèves en difficulté, aux alcooliques, aux toxicomanes, aux dépressifs et aux abuseurs. Mais, malgré des investissements énormes, ces services curatifs sont loin de répondre à la demande.

Bien que l'idée d'intervenir tôt pour prévenir ces problèmes puisse être retracée au moins aussi loin que la Grèce antique, la deuxième moitié du 20e siècle sera certainement reconnue comme le début de la science de la prévention des difficultés d'adaptation sociale (Coid et autres, 1993; Mrazek et Haggerty, 1994). De nombreux programmes ont été développés pour les préadolescents et les jeunes adolescents afin de prévenir le décrochage scolaire, la délinquance, la toxicomanie et le suicide. Les évaluations scientifiques de ces programmes sont encore trop peu nombreuses, mais elles tendent à démontrer qu'il est extrêmement difficile à cet âge d'aider les plus à risque (Rosenbaum et Hanson, 1998; Rutter, Giller et Hagell, 1998; Tremblay et Craig, 1995).Il est de plus en plus clair que les facteurs qui conduisent aux difficultés sérieuses d'adaptation sont mis en place bien avant le début de l'adolescence. De là l'idée que la prévention des difficultés d'adaptation sociale doit commencer au moins au cours de l'enfance et de préférence dès la grossesse (Olds et autres, 1998; Tremblay, LeMarquand et Vitaro, 1999). Ces principes sont d'ailleurs bien inscrits dans les objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* et des *Priorités nationales de santé publique* du gouvernement du Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992;1997).

Le besoin de comprendre le développement des jeunes enfants

Si une science de la prévention des difficultés d'adaptation sociale est apparue à la fin du 20e siècle, c'est certainement sur les talons de la science du développement de l'enfant. Il faut relire *Émile* de Jean-Jacques Rousseau, à la lumière des études récentes sur le développement de l'enfant, pour réaliser jusqu'à quel point il est impossible de bien comprendre la complexité du développement d'un enfant, et par conséquent la façon de prévenir les trajectoires déviantes, par la simple réflexion ou la simple introspection. Bien que les connaissances acquises sur le développement neurologique, hormonal, moteur, cognitif, affectif et social des enfants soient considérables, ce qui frappe c'est que Jean-Jacques Rousseau et les éducateurs qui l'ont suivi avaient plus de certitudes quant à la façon d'éduquer un enfant que nous n'en avons aujourd'hui.

Les progrès de la science du développement de l'enfant nous ont fait réaliser que les choses ne sont pas aussi simples que l'on peut ou que l'on voudrait bien l'imaginer. Bien sûr, nous avons tous été enfants, nous devenons presque tous parents, et la majorité des enfants humains deviennent des adultes relativement bien adaptés; mais nous ne comprenons pas encore clairement quand, comment et pourquoi les difficultés d'adaptation apparaissent, et surtout comment les prévenir et les corriger.

On mesure l'ampleur de notre ignorance lorsque l'on constate les débats entre spécialistes au sujet du rôle que jouent les soins des parents dans le développement des difficultés d'adaptation de leurs enfants. Certains suggèrent que les problèmes d'adaptation sociale des jeunes sont largement déterminés par des facteurs génétiques (Bock et Goode, 1996; Rowe, 1994), plusieurs mettent l'accent sur les facteurs économiques (Duncan et Brooks-Gunn, 1997) alors que d'autres attribuent un rôle déterminant aux effets des pairs (Harris, 1998; Harris, 1995; Vitaro et autres, 1997). Ces grandes questions conduisent à des interrogations plus pointues qui ont trait à différents aspects : le rôle des pères dans le développement des difficultés d'adaptation des enfants; l'impact de la consommation d'alcool et de cigarettes pendant la grossesse; l'effet des problèmes prénataux et ceux de l'accouchement; l'importance de l'allaitement et de l'alimentation; le rôle du sommeil, du développement cognitif, du tempérament, etc.

La majorité de ces questions sont au cœur des préoccupations quotidiennes des parents, des grands-parents, des éducateurs, des responsables de services aux familles, et des législateurs. Que faire pour favoriser le développement optimum de nos enfants? Pour prévenir les cas de difficultés sérieuses d'adaptation sociale? Que faire quand les problèmes commencent à apparaître? Quand les femmes enceintes ou les pères ont eux-mêmes une longue histoire de problèmes d'adaptation? Les réponses à ces questions ont évidemment des conséquences sur les politiques mises de l'avant par plusieurs ministères tels que : les ministères de la Famille et de l'Enfance, de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux, de la Solidarité sociale ou encore les ministères de la Sécurité publique, de la Justice et celui de la Recherche, Science et Technologie.

La contribution de l'ÉLDEQ 1998-2002

L'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ÉLDEQ 1998-2002) fut conçue pour contribuer à notre connaissance du développement des enfants au cours des 5 premières années de leur vie. L'objectif principal est de comprendre les facteurs mis en place pendant ces années de croissance rapide qui conduisent au succès ou à l'échec lors de l'entrée dans le système scolaire. La deuxième phase de l'étude, si elle est confirmée, aura pour objectif de comprendre le développement pendant les années d'école primaire à la lumière du développement durant la petite enfance.

Nous savons qu'il ne peut s'agir de l'étude définitive sur le développement des enfants; mais il semble bien que ce soit la première étude représentative d'une cohorte de naissances nationale qui fasse l'objet de mesures annuelles depuis la naissance jusqu'à l'entrée dans le système scolaire, et qui vise spécifiquement la compréhension de la mise en place des habiletés nécessaires à la réussite scolaire.

Bien que les efforts pour mettre en œuvre cette étude aient débuté en 1989, la première collecte de données en 1998 coïncide avec le début de la politique familiale du gouvernement du Québec qui vise les mêmes objectifs :

> «Ces services destinés aux enfants de 5 ans et moins doivent permettre à tous les enfants du Québec, quel que soit le statut de leurs parents, d'acquérir et de développer des habiletés qui les placeront en situation de réussite scolaire. »(1997, p. 10)

Lors du discours inaugural de la 36e législature le 3 mars 1999, le premier ministre Bouchard confirmait que le développement des jeunes enfants était la priorité du gouvernement du Québec :

> « Le thème qui va dominer notre action, cette année, l'an prochain et pour tout le mandat qui s'ouvre, c'est celui de la jeunesse [...]. La priorité... pour la jeunesse du Québec commence avec la famille et l'enfance. [...]. Cet investissement massif dans la petite enfance... est le meilleur gage de succès de nos enfants à court, moyen et long termes. C'est notre meilleur atout contre le décrochage et la détresse. C'est notre meilleure préparation à la réussite humaine, sociale et économique. »

Grâce à cette coïncidence historique, l'ÉLDEQ a le potentiel de devenir un précieux outil pour monitorer les effets de cet investissement massif dans la petite enfance fait par le Québec depuis 1997. En effet, grâce aux données collectées au cours de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ) du gouvernement fédéral, nous pourrons comparer le développement d'enfants nés au Québec et ailleurs au Canada avant et après la mise en place de la nouvelle politique familiale du Québec.

Nos premiers objectifs sont cependant plus modestes. Les 12 ou 13 premiers numéros (monographies) présentent les résultats de la première collecte de données. Les résultats permettent de décrire les caractéristiques des familles et des enfants alors que ces derniers étaient âgés de 5 mois[2]. Nous décrivons les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des familles, les conditions de naissance, la santé et l'adaptation sociale des parents, les relations familiales et conjugales, les relations entre les parents et les nourrissons, ainsi que les caractéristiques du nourrisson à 5 mois : le sommeil, l'alimentation, les habitudes

2. Tout au long du rapport, afin d'alléger le texte, on utilisera la périphrase « nourrissons (ou bébés) de 5 mois » pour référer à des nourrissons qui avaient en moyenne 5 mois lors de la collecte de 1998. À la section 3.1.3 du numéro 1 (volume 1), on explique pourquoi les nourrissons n'avaient pas tous exactement le même âge au moment de la collecte. Ainsi que précisé au numéro 2 de la collection *ÉLDEQ 1998-2002 - les nourrissons de 5 mois*, au moment de l'enquête, 52 % des nourrissons avaient moins de 5 mois et 3,4 % avaient 6 mois ou plus.

de vie reliées à la santé buccodentaire, le tempérament, le développement moteur, social et cognitif. Dans un deuxième temps, plusieurs de ces données pourront être comparées à celles recueillies auprès d'enfants du même âge de l'ELNEJ, en 1994 et en 1996.

Une équipe de chercheurs interdisciplinaire et interuniversitaire

Cette étude a vu le jour grâce à la collaboration d'un très grand nombre de personnes. Dans les pages qui précèdent, Mireille Jetté en a remercié plusieurs. Je profite de cette introduction pour souligner que l'étude a vu le jour et se poursuit grâce à la collaboration d'un regroupement interdisciplinaire et interuniversitaire de chercheurs. Je tiens tout particulièrement à remercier Michel Boivin de l'École de psychologie de l'Université Laval et Mark Zoccolillo du département de psychiatrie de l'Université McGill qui participent très activement à ce projet depuis 1992, alors que nous préparions une première demande de subvention au Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada. Une deuxième vague de chercheurs toujours actifs se sont joints à l'équipe en 1993 et 1994 : Ronald G. Barr, pédiatre de l'Université McGill, Lise Dubois, diététiste et sociologue de l'Université Laval, Nicole Marcil-Gratton, démographe de l'Université de Montréal et Daniel Pérusse du département d'anthropologie de la même université. Jacques Montplaisir du département de psychiatrie de l'Université de Montréal s'est joint à l'équipe en 1995 alors que Louise Séguin du département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et Ginette Veilleux de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre s'y sont jointes en 1998. Il importe également de souligner la contribution extrêmement importante de trois chercheurs postdoctoraux : Raymond Baillargeon a développé la tâche d'évaluation du développement cognitif, Christa Japel est adjointe au directeur scientifique pour la planification, l'analyse et la présentation des résultats, alors que Heather Juby collabore à l'analyse des données de l'histoire conjugale et familiale.

Un concours de circonstances unique

Une telle étude requiert la concertation de nombreux chercheurs pendant plusieurs années, d'énormes ressources financières et une longue préparation. Si au début des années 90 les chercheurs étaient convaincus de la nécessité de l'étude, il fallait convaincre les responsables des finances publiques. On doit donc reconnaître l'heureux concours de circonstances qui a fait qu'au début des années 90 des acteurs déterminants emboîtaient le pas. En effet, alors que plusieurs fonctionnaires du ministère de la Santé et des Services sociaux comprenaient le rôle essentiel de la prévention, la création du comité pour les jeunes (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991) avait conduit à la prise de conscience de l'importance de la petite enfance. À cette même époque, le président du CQRS, Marc Renaud, faisait cette même prise de conscience avec ses collègues du programme de santé des populations à l'Institut canadien de recherche avancée (ICRA), et la directrice de Santé Québec, Aline Émond, était prête à mettre sa formidable détermination au profit de la cause. Pour leur part, le ministre Jean Rochon et sa sous-ministre adjointe à la santé publique, Christine Colin, conscients de l'importance des études longitudinales sur le développement à la petite enfance, autorisaient l'investissement de grosses sommes d'argent en pleine période de réduction draconienne des budgets, alors que le gouvernement fédéral décidait de créer sa propre étude longitudinale du développement des enfants (ELNEJ). C'est dans ce contexte que l'ÉLDEQ 1998-2002 s'est matérialisée; cette étude a aussi vu le jour parce que Mireille Jetté a tout fait pour concrétiser les rêves des chercheurs, et que Daniel Tremblay lui a donné tout le soutien que permettaient les ressources disponibles.

Richard E. Tremblay, Ph D., M.S.R.C.
Titulaire de la chaire sur le développement de l'enfant
Université de Montréal

Table des matières

1. Introduction **21**

2. L'utilisation du biberon au lit pour endormir le bébé la nuit **25**

2.1 Fréquence de l'utilisation du biberon au lit en fonction de certaines caractéristiques du bébé 25
2.2 Caractéristiques sociodémographiques reliées à l'utilisation du biberon pour endormir le bébé la nuit 26

3. L'utilisation du biberon pour endormir le bébé lors de la ou les siestes le jour **29**

3.1 Fréquence de l'utilisation en fonction de certaines caractéristiques du bébé 29
3.2 Caractéristiques sociodémographiques reliées au recours au biberon pour endormir le bébé pour sa ou ses siestes le jour 30

4. La succion non nutritive : la disponibilité de la suce pour l'endormissement du bébé au lit **31**

5. La prise de suppléments de vitamines et/ou minéraux contenant des fluorures **33**

6. Discussion **35**

Annexe 1 ..... **37**

Bibliographie **39**

Liste des tableaux

Tableaux

2.1 Répartition des nourrissons selon l'utilisation du biberon pour s'endormir la nuit, certaines habitudes de sommeil et le mode d'alimentation, 1998 25

2.2 Répartition des nourrissons selon l'utilisation du biberon pour s'endormir la nuit, et certaines caractéristiques sociodémographiques, 1998 26

3.1 Répartition des nourrissons selon l'utilisation du biberon pour s'endormir lors de sa ou ses siestes le jour, le temps d'endormissement et le mode d'alimentation, 1998 29

4.1 Répartition des nourrissons selon la disponibilité de la suce, seule ou en association avec un autre objet, pour s'endormir au lit, selon diverses caractéristiques, 1998 31

Rappel méthodologique

Le présent rapport publié sous la forme d'une collection de numéros porte sur des données transversales recueillies auprès d'un large échantillon de nourrissons âgés d'environ 5 mois en 1998. Il rend compte de la première d'une série de 5 mesures annuelles auprès de 2 120 enfants du Québec qui seront suivis jusqu'à l'âge de 5 ans. On rappelle que pour la première année de collecte, des résultats concernant 2 223 enfants ont été conservés[3].

La population visée par l'enquête est l'ensemble des bébés (naissances simples seulement)[4] qui avaient 59 ou 60 semaines d'âge gestationnel[5] au début de chaque période de collecte, de mères vivant au Québec à l'exclusion de celles vivant dans les régions Nord-du-Québec, crie, inuite, sur les réserves indiennes, de même que celles dont on ne disposait pas de la durée de grossesse. Dû à la variation de la durée de grossesse et aux 4 à 5 semaines allouées à chaque période de collecte, tous les nourrissons n'ont pas exactement le même âge (gestationnel ou chronologique) au moment de la collecte. Ainsi, les enfants du volet 1998 de l'ÉLDEQ ont en moyenne 61 semaines d'âge gestationnel ou environ 5 mois d'âge chronologique.

Le plan de sondage de l'enquête est stratifié à 3 degrés et l'effet de plan moyen pour des proportions est estimé à 1,3. Afin d'inférer à la population visée les données de l'échantillon, on a attribué à chaque répondant de l'enquête une valeur (un poids) correspondant au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population. Le volet 1998 de l'ÉLDEQ 1998-2002 s'articule autour de 8 principaux instruments de collecte servant à recueillir l'information sur la personne qui connaît le mieux l'enfant (PCM), son conjoint ou sa conjointe s'il y a lieu, l'enfant cible et le ou les parent/s biologique/s absent/s le cas échéant. Compte tenu de la variation des taux de réponse aux différents instruments, 3 séries de poids durent être calculés et doivent être utilisés pour que l'inférence à la population soit fiable. Hormis le questionnaire auto-administré du père absent (QAAPABS) et une série de questions du questionnaire informatisé rempli par l'intervieweure (QIRI) concernant les pères biologiques absents – 2 instruments dont la non-réponse globale ou partielle est trop élevée – tous les instruments ont pu être pondérés et, de fait, les estimations présentées ont toutes fait l'objet d'ajustements visant à réduire les biais potentiels.

Toutes les données présentées qui sont affectées par un coefficient de variation (CV) de plus de 15 % sont accompagnées d'un ou deux astérisques pour bien indiquer aux lecteurs la variabilité des estimations présentées. De plus, si des estimations affectées par un taux de non réponse partielle dépassant les 5 % sont présentées, elles sont accompagnées d'une note qui spécifie pour quel sous-groupe de la population elles sont moins fiables.

Si comme toute mesure transversale d'une enquête populationnelle, le volet Nourrissons de 5 mois de l'ÉLDEQ 1998-2002 présente certaines limites, la très grande majorité des estimations qu'elle procure sont valides et fiables et fournissent pour la première fois un portrait particulièrement détaillé des nourrissons du Québec âgés d'environ 5 mois en 1998.

NDLR : Pour plus d'informations sur la méthodologie d'enquête consulter le numéro 1 de la présente collection. Des renseignements détaillés sur la source et la justification des instruments utilisés au volet 1998 de l'ÉLDEQ, ainsi que sur la composition des échelles et des indices retenus dans le présent rapport, sont également consignés au numéro 12 intitulé « Aspects conceptuels et opérationnels ».

3. Alors que pour la première année de collecte, les résultats concernant 2 223 enfants ont été conservés, pour le suivi longitudinal, seuls 2 120 enfants seront inclus, les 103 retranchés étant une partie d'un suréchantillon servant à mesurer les effets de la tempête de verglas de janvier 1998.

4. Les couples de jumeaux (naissances gémellaires) et les autres naissances multiples ne sont pas visés par l'enquête.

5. L'âge gestationnel est défini comme étant la somme de la durée de gestation (de la grossesse) et l'âge chronologique du bébé.

1. Introduction

On connaît encore mal la fréquence et le profil des affections buccodentaires des enfants québécois âgés de moins de 5 ans. Bien que les facteurs de risque biologiques de la carie soient bien compris, ils ne suffisent pas à expliquer entièrement son étiologie. Des facteurs comportementaux, psychosociaux et socio-économiques y sont associés mais leur rôle est mal documenté. On note aussi un manque d'information au sujet des facteurs associés à la présence d'autres affections buccodentaires; pensons aux problèmes de positionnement des dents qui peuvent affecter les tout-petits. Ces constats font clairement ressortir la nécessité de bien caractériser les déterminants des problèmes de santé dentaire, chez les enfants de moins de 5 ans, dans le cadre de l'ÉLDEQ 1998-2002, afin de permettre la mise en œuvre d'interventions préventives adéquates. Ce faisant, il sera possible, d'une part, de favoriser des développements dans l'application de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., chapitre P-35) où le ministre a comme fonction de voir à ce que soient assurés des services de prévention contre les affections dentaires. D'autre part, ces résultats contribueront à l'atteinte de l'objectif proposé par la *Politique de la santé et du bien-être du Québec*, soit d'ici l'an 2002, de réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans (MSSS, 1992).

Plusieurs études sur la santé dentaire des enfants ont été réalisées au Québec. Elles portaient cependant sur des enfants plus âgés et étaient surtout de type transversal (Brodeur et autres, 1999; Payette et autres, 1991; Payette et autres, 1987). Leurs résultats, notamment auprès des enfants âgés de 7-8 ans, montrent que, à l'instar des autres pays industrialisés, la carie est une maladie en régression et qu'elle ne se distribue pas uniformément dans la population mais se concentre chez un groupe restreint d'enfants, considérés à risque élevé de carie. Les principaux facteurs socioéconomiques qui, en denture temporaire, s'avèrent associés à une atteinte élevée de carie sont un revenu familial insuffisant, un faible niveau de scolarité du père ou de la mère, un emploi non spécialisé du père ou de la mère et le fait que la famille soit bénéficiaire de l'aide sociale. À la lumière de ces dernières associations, l'inégalité dans la distribution de la carie prend des airs d'inégalité sociale. D'autres facteurs explicatifs qui ne sont pas étrangers au statut socioéconomique sont plus spécifiques aux comportements en matière de santé dentaire comme le fait de ne pas avoir visité le dentiste depuis un an ou d'avoir visité le dentiste pour des traitements curatifs seulement, ou encore d'avoir une hygiène dentaire déficiente (Payette et autres, 1991). Par ailleurs, des données recueillies auprès d'écoliers de la région de la Montérégie montrent qu'environ 40 % des enfants de 5-6 ans sont déjà atteints par la carie (Corbeil et autres, 1996). Concernant la fréquence des problèmes de positionnement des dents, environ 15 % des enfants québécois âgés de 7-8 ans ont un besoin évident de traitements orthodontiques (Payette et autres, 1991).

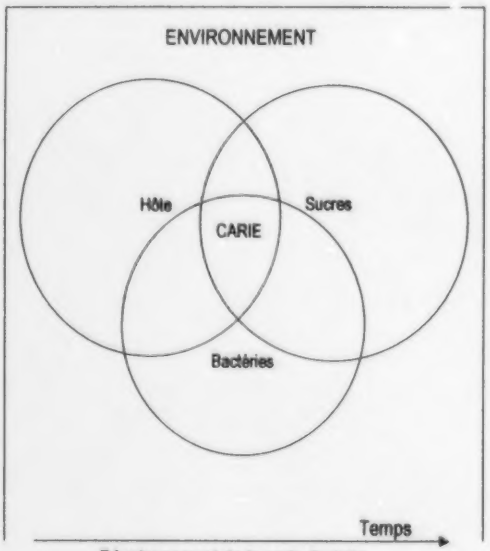
Les inégalités dans l'état de santé dentaire s'observent alors que la gamme des services dentaires assurés est loin d'être complète, et dans un contexte où les enfants ne peuvent bénéficier des effets protecteurs de l'eau fluorurée dans la grande majorité des villes du Québec. En effet, le Programme de services dentaires pour les enfants, administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, assure les services diagnostiques et curatifs mais ne s'étend pas aux services préventifs en cabinet privé. De plus, l'âge d'admissibilité est limité à 9 ans ou moins et la fréquence des examens dentaires a été réduite, depuis 1997, à un par année au lieu de deux. Fait à noter : seulement 18,2 % des enfants de moins de 4 ans ont participé à ce programme en 1997 (RAMQ, 1998). Pour pallier ces restrictions dans l'offre de services dentaires, le ministère de la Santé et des Services sociaux a, depuis 1982, confié aux directions de la santé publique et aux CLSC le mandat de fournir des services préventifs gratuits aux enfants. Le Programme public de services dentaires préventifs (MSSS, 1990), ainsi mis en œuvre, vise les enfants de 0 à 12 ans. Bien que ses activités soient davantage structurées en milieu scolaire, notamment auprès des enfants à risque élevé de carie, la totalité des CLSC avaient, en 1994-1995, également réalisé des interventions chez les enfants d'âge préscolaire. Ces interventions varient cependant selon les CLSC et ne rejoignent pas l'ensemble des parents et des enfants (Durocher et Brodeur, 1998). De plus, des données montréalaises récentes indiquent que leur fréquence serait réduite étant donné le manque de ressources (Généreux, 1998).

La santé dentaire des enfants de 5 ans et moins est tributaire de pratiques préventives qui dépendent des attitudes et des comportements des parents. À cet effet, les recommandations de l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ, 1999) et de l'Association dentaire canadienne (ADC, 1999), destinées aux parents, véhiculent des messages relatifs aux comportements à adopter

avant ou dès l'éruption des premières dents. Ainsi, concernant la prévention de la carie, il est recommandé de nettoyer les gencives du bébé avant l'apparition des premières dents, de brosser les dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoruré, de donner des suppléments fluorurés lorsque l'eau de consommation n'est pas fluorurée, de ne pas laisser dormir un enfant avec un biberon contenant autre chose que de l'eau ainsi que de limiter la fréquence de consommation d'aliments sucrés. Afin de prévenir des problèmes de positionnement des dents, on conseille aux parents de contrôler les habitudes de succion avant l'âge de 5 ans. Comme complément à ces soins personnels, il est recommandé que l'enfant effectue sa première visite chez le dentiste vers l'âge de 1 an. Notons que les parents des nourrissons visés par la présente étude ont pu être exposés à des messages différents étant donné les délais inhérents à la mise à jour scientifique des documents qui leur sont destinés (par exemple, le guide pratique *Mieux vivre avec son enfant* remis gratuitement à toutes les mères qui donnent naissance à un bébé dans un centre hospitalier ou une maison des naissances au Québec [Doré et Le Hénaff, 1998]).

Le développement de la carie dentaire est un processus infectieux qui nécessite la présence simultanée de trois facteurs, soit un hôte susceptible, des bactéries et des sucres, pendant un certain temps (voir schéma 1). Il s'agit d'une maladie infectieuse transmissible et modulée par l'alimentation, l'hygiène et la résistance de l'hôte, cette dernière augmentant en présence d'un apport optimal en fluorures. La carie peut avoir des conséquences au niveau de l'élocution, de la prononciation et de l'esthétique (impact psychologique sur l'enfant et difficulté à parler ou à sourire) ainsi qu'au niveau de la mastication (mauvaise alimentation, retard de croissance) (Lacroix et autres, 1997). Une manifestation particulière de la morbidité, appelée la carie du biberon ou la carie de la petite enfance, est rapportée chez l'enfant en bas âge et se caractérise par une destruction très rapide de la structure dentaire (Ismail, 1998; Reisine et Douglass, 1998; Ripa, 1988). Elle est considérée comme un problème social puisqu'elle atteint plus spécifiquement les minorités culturelles et les populations immigrantes ainsi que celles défavorisées sur le plan économique (Ismail, 1998; Weinstein, 1998; Weinstein et autres, 1996a). Plusieurs estiment qu'elle est le résultat notamment d'une méconnaissance des méfaits de l'habitude de laisser un enfant dormir avec un biberon contenant du lait (ex. : lait maternel, formule de lait commercial pour bébés ou lait de vache) ou du jus. Une exposition prolongée des dents aux sucres contenus dans ces liquides pourrait, en effet, augmenter les risques de carie. D'autres considèrent que l'allaitement maternel à la demande, par exemple lorsqu'une mère allaite son bébé toute la nuit en dormant avec lui, constitue un autre facteur de risque (Matee et autres, 1994). Enfin, alors que l'habitude de donner une suce[6] trempée dans une substance sucrée (miel, sucre, etc.) pour apaiser le bébé constitue un autre facteur de risque (Eronat et Eden, 1992), peu d'informations existent sur sa prévalence au Québec.

Schéma 1



Développement de la carie dentaire

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Selon le recensement de 12 études traitant de l'utilisation du biberon (Reisine et Douglass, 1998), de 18 % à 85 % des parents rapportent que leur enfant prend ou a pris le biberon au lit. La très grande variabilité observée entre les résultats de ces études est sans doute liée à l'utilisation de méthodes différentes. Par exemple, le concept d'utilisation du biberon au lit n'est pas constant d'une étude à l'autre de sorte que la prévalence peut varier selon la définition retenue. Un autre problème important de mesure relève de la nature rétrospective, sujette à l'effet du biais de mémoire, de 8 des 12 études rapportées (Albert et autres, 1988; Derkson

6. Afin d'éviter toute confusion pour lecteurs et lectrices, on a conservé le vocable « suce » plutôt que les vocables « sucette ou tétine », deux termes reconnus dans les normes linguistiques en vigueur à l'ISQ.

et Ponti, 1982; Febres et autres, 1997; O'Sullivan et Tinanoff, 1993; Powell, 1976; Schwartz et autres, 1993; Serwint et autres, 1993; Weinstein et autres, 1992). Ce sont d'ailleurs ces études rétrospectives qui rapportent les prévalences les plus élevées. En outre, les populations enfantines étudiées y sont presque toutes plus âgées que 5 mois et leurs groupes d'âge plus étendus que l'âge des enfants visés par le volet 1998 de l'ÉLDEQ. Certaines études souffrent également d'importants biais de sélection associés à l'échantillonnage d'une population homogène très spécifique, telle que les utilisateurs d'un cabinet dentaire ou d'une clinique médicale (Febres et autres, 1997; Powell, 1976; Schwartz et autres, 1993; Serwint et autres, 1993), ou encore ont été menées auprès de groupes ethniques particuliers (Albert et autres, 1988; Godson et Williams, 1996; Weinstein et autres, 1992). Finalement, les résultats de deux de ces études (Hinds et Gregory, 1995; Kaste et Gift, 1995) semblent plus valides parce qu'on y mesure l'utilisation courante du biberon au lit lors du coucher à partir d'un échantillon aléatoire représentatif d'une population générale. On y rapporte des prévalences d'utilisation de 18 % et 20 %, chez des enfants âgés respectivement de 6 à 60 mois et de 30 à 42 mois. Reisine et Douglass (1998) notent également que l'utilisation du biberon du coucher s'avère aussi fréquente chez les enfants exempts de carie que chez ceux atteints, d'où l'importance de réaliser des études afin d'estimer le rôle de l'utilisation du biberon dans l'étiologie de la carie et le portrait populationnel de cette affection. Quant à l'allaitement à la demande, ces derniers auteurs rapportent que peu d'études épidémiologiques existent. Ils font toutefois référence à une étude canadienne où 6 % des enfants exempts de carie et 22 % de ceux atteints étaient, à l'âge de 6 mois, exposés à l'allaitement maternel prolongé pendant la nuit (Derkson et Ponti, 1982). Ils citent également des études qui ont démontré que la carie peut se développer chez des enfants allaités exclusivement (Al-Dashti et autres, 1995; Holt et autres, 1982; Roberts et autres, 1993; Silver, 1992).

Les habitudes de succion chronique amènent souvent des problèmes de positionnement des dents qui sont généralement réversibles en denture temporaire, alors qu'elles sont associées à des malocclusions en denture permanente (Buithieu et Dubé, 1996). La succion, réflexe physiologique normal chez le nouveau-né, est nutritive lorsqu'elle se rapporte à l'allaitement maternel, au biberon ou à la combinaison des deux. Elle est considérée non nutritive lorsqu'il s'agit de l'utilisation d'un doigt, d'une suce ou d'un autre objet et est souvent reliée à des besoins psychologiques de réconfort. Cette habitude s'installe vers l'âge de 3 ou 4 mois et peut avoir des effets sur la dentition (Massler, 1983) qui dépendent de l'intensité, de la durée et de la fréquence (Morley et McIntyre, 1994; Popovich et Thompson, 1973). La suce semble cependant plus facile à contrôler par les parents et plus facile à abandonner par l'enfant que le pouce (Shein et autres, 1991; Turgeon-O'Brien et autres, 1996). Ses répercussions sur le développement des malocclusions seraient possiblement moindres que la succion d'un doigt (Nowak, 1991; Vadiakas et autres, 1998). L'effet le plus souvent observé concerne le déplacement des structures dento-alvéolaires au niveau du maxillaire antérieur (Bruun et autres, 1991). Pour cette raison, la succion non nutritive peut affecter, dans certains cas, l'apparence, le mode de déglutition et la qualité de l'élocution d'un enfant. Les résultats d'une étude réalisée auprès d'enfants de la première année (âgés entre 6 et 8 ans) permettent d'observer que la succion chronique du pouce pourrait nuire à l'acceptation d'un enfant par ses pairs à un âge très important pour le développement des relations sociales (Friman et autres, 1993). La prévalence de la succion d'un doigt serait d'environ 30 % chez les enfants âgés de 1 an (Turgeon-O'Brien et autres, 1996).

L'utilisation de la suce paraît plus répandue. En effet, les résultats d'une étude réalisée aux États-Unis (Levy et autres, 1998) auprès de 1 235 bébés âgés de 6 semaines à 12 mois montrent qu'à 6 mois, 59 % des bébés utilisaient une suce. Il s'agit cependant d'un échantillon opportuniste et la définition du recours à la suce est absente. Par ailleurs, selon une étude menée auprès de mères cambodgiennes, ayant au moins un enfant d'âge préscolaire né aux États-Unis, seulement 20 % des 186 mères interrogées ont indiqué avoir déjà donné une suce à leur bébé, étant donné les croyances négatives qu'elles lui associent (Rasbridge et Kulig, 1995). Au Québec, lors d'entrevues auprès de 1 937 mères primipares ayant un bébé âgé d'environ 6 mois, 89 % d'entre elles ont répondu avoir déjà offert une suce à leur enfant; dans 16 % des cas l'enfant l'aurait toutefois refusée (Lepage et Moisan, 1998).

Au regard de la prise de suppléments fluorurés, Lepage et Moisan (1998) rapportent que 18 % des nourrissons d'environ 6 mois en ont déjà pris.

Le volet 1998 de l'ÉLDEQ a permis de recueillir des données sur plusieurs habitudes reliées à la santé buccodentaire des nourrissons âgés d'environ 5 mois. Ainsi, l'utilisation du biberon au lit pour endormir le bébé la nuit, son utilisation pour endormir le bébé lors des siestes le jour ainsi que le contenu du biberon

ont été examinés. L'allaitement à la demande demeure un concept difficile à mesurer. Outre le fait pour une mère d'allaiter son bébé toute la nuit en dormant avec lui, l'allaitement à la demande est relié aux poussées de croissance du nourrisson et fait partie des pratiques québécoises recommandées pour favoriser la durée de l'allaitement (Doré et Le Hénaff, 1998). L'ÉLDEQ ne permet toutefois pas de documenter cet aspect. Par ailleurs, bien que l'utilisation de la suce s'inscrive parmi les habitudes de succion non nutritive, les données recueillies à 5 mois ne permettent pas d'en estimer de façon précise la prévalence. Cette dernière pourra être évaluée, en période d'éveil ou de sommeil, ultérieurement dans l'ÉLDEQ. Dans le présent volet, nous avons considéré uniquement la disponibilité de la suce, seule ou en association avec un autre objet, comme objet transitionnel à l'endormissement. Finalement, la prise de vitamines et/ou minéraux contenant des fluorures a été retenue étant donné que les nourrissons étudiés approchent l'âge auquel il est recommandé de commencer à prendre de tels suppléments. L'examen de l'observance de cette recommandation est pertinent puisque dans la majorité des villes du Québec, les enfants ne peuvent bénéficier des effets protecteurs de l'eau fluorurée.

Dans l'analyse qui suit, certaines caractéristiques du bébé, soit le rang de naissance, la prématurité, le petit poids à la naissance ainsi que les habitudes de sommeil sont examinées au regard de l'utilisation du biberon au lit et de la disponibilité de la suce lors de l'endormissement. Les résultats d'une étude réalisée auprès d'enfants d'âge préscolaire démontrent en effet une association entre l'atteinte par la carie et la position dans la famille, la plus faible atteinte survenant chez les deuxièmes et troisièmes enfants (Kinirons et McCabe, 1995). Par ailleurs, le fait d'être né prématurément et de présenter un faible poids à la naissance pourraient favoriser l'utilisation du biberon, d'où un risque accru de développer la carie (Fadavi et autres, 1993). Enfin, chez des jeunes enfants, âgés entre 2 ans et 4 ans et demi, les problèmes de sommeil représenteraient un facteur de risque comportemental pour l'usage du biberon la nuit (Shantinath et autres, 1996).

Quant aux caractéristiques socioéconomiques, nous avons retenu dans la présente analyse des variables ayant déjà été associées à l'atteinte carieuse chez les enfants québécois, soit un revenu familial insuffisant, un faible niveau de scolarité du père ou de la mère et le fait que la famille soit bénéficiaire de l'aide sociale (Payette et autres, 1991). Notons également que le fait d'être né à l'étranger a été associé à l'usage inapproprié du biberon par des parents d'enfants canadiens âgés de 19 mois (Weinstein et autres, 1996b).

Pour la première fois au Québec, l'ÉLDEQ 1998-2002, amorcée auprès d'un échantillon de 2 223 nourrissons représentatifs des bébés québécois âgés d'environ 5 mois, permet d'obtenir, à un âge précoce, des données sur plusieurs habitudes reliées à la santé dentaire. Elle offre donc l'avantage de documenter les pratiques parentales, sans biais associé aux études rétrospectives auprès d'enfants plus âgés. D'autres pratiques relatives notamment à l'hygiène buccale, à l'alimentation et aux habitudes de succion de l'enfant seront examinées lors des volets ultérieurs de l'étude. En suivant l'évolution de ces habitudes et de ces pratiques parentales, il sera possible de mieux comprendre leur rôle dans l'étiologie des problèmes de santé buccodentaire.

2. L'utilisation du biberon au lit pour endormir le bébé la nuit

Les résultats présentés au tableau 2.1 indiquent que près de 8 % des nourrissons d'environ 5 mois prennent un biberon pour s'endormir au lit quelques fois par semaine ou à toutes les nuits. Parmi ces derniers, 18 % le gardent avec eux durant leur sommeil, soit 1,3 % de tous les enfants (données non présentées).

Tableau 2.1
Répartition des nourrissons selon l'utilisation du biberon pour s'endormir la nuit, certaines habitudes de sommeil et le mode d'alimentation, 1998

	Biberon pour s'endormir la nuit[1]		x^2
	Jamais	Parfois ou à tous les jours	
	%		
Fait ses nuits			
Oui	94,3	5,7	p < 0,001
Non	86,9	13,1	
Temps pour s'endormir			
Moins de 30 minutes	93,1	6,9	Non sig.
30 minutes et plus	87,5	12,5**	
Allaitement maternel			
Actuel	98,2	1,8**	p < 0,001
Jamais ou a cessé	89,6	10,4	
Total	**92,5**	**7,5**	--

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
1. Fréquence hebdomadaire.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Le biberon contient, le plus souvent, une formule de lait commercial pour bébés (78 %) suivie de loin par le lait de vache donné dans 17 % des cas. Les autres contenus mentionnés concernent chacun 1 % ou moins des enfants, soit du lait commercial avec des céréales ou des biscuits de type Farlay's, du lait maternel, de l'eau, du jus ainsi que d'autres produits non précisés (données non présentées).

2.1 Fréquence de l'utilisation du biberon au lit en fonction de certaines caractéristiques du bébé

On pourrait s'attendre à ce que les parents adoptent un comportement différent à l'égard du premier enfant du ménage ou encore selon certaines caractéristiques de santé de l'enfant. Or, les résultats révèlent que l'utilisation du biberon pour endormir le bébé la nuit n'est pas associée au rang de naissance du bébé. Il en est également ainsi pour la prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance, situations où l'on pourrait anticiper des pratiques parentales différentes (données non présentées). Quant à l'association possible entre l'état de santé du bébé, tel qu'il est perçu par la mère, et l'utilisation du biberon pour l'endormissement la nuit ou les autres habitudes ici étudiées, on note que les bébés présentant une excellente santé sont presque deux fois moins susceptibles d'avoir un biberon au lit la nuit que les autres enfants dont la santé est moins optimale, soit de passable à très bonne (6 % c. 11 %). Des problèmes de santé même mineurs ou occasionnels peuvent donc être associés à cette pratique (données non présentées).

Par ailleurs, au tableau 2.1, on observe un lien entre l'occurrence de ce comportement et certaines habitudes de sommeil. Ainsi, la proportion de nourrissons qui s'endorment parfois ou toujours à l'aide d'un biberon la nuit est plus forte (13 %) chez ceux qui ne font pas leur nuit que chez ceux qui la font (6 %)[7]. De même, les parents semblent avoir plus tendance à donner un biberon au lit lorsque leur bébé prend 30 minutes et plus pour s'endormir (13 %), que lorsqu'il s'endort en moins de 30 minutes (7 %). Ce dernier résultat ne s'avère toutefois pas significatif au seuil 0,05.

Finalement, les nourrissons allaités au moment de l'étude, c'est-à-dire ceux qui reçoivent du lait maternel, au sein ou au biberon, de façon exclusive ou en combinaison avec une autre sorte de lait, ont un biberon au lit dans une proportion de 1,8 % comparativement à 10 % chez ceux que la mère n'a jamais allaités ou a cessé de le faire. Par ailleurs, les 17 % de bébés qui ne reçoivent pas d'autre lait que le lait maternel (allaitement exclusif)

7. Ainsi que déclaré par les mères (voir le numéro 4, *Le sommeil*, dans la présente collection).

présentent une fréquence très faible concernant le biberon au lit pour s'endormir la nuit (0,5 %) (données non présentées).

2.2 Caractéristiques sociodémographiques reliées à l'utilisation du biberon pour endormir le bébé la nuit

À titre exploratoire, des analyses portant sur les caractéristiques sociodémographiques des pères présents dans le ménage ont été conduites en lien avec les pratiques étudiées. Comme les résultats sont comparables à ceux obtenus chez les mères, ils ne seront pas présentés ici. Soulignons par ailleurs, que la quasi-totalité des répondants au QPRI sont les mères biologiques des nourrissons.

Parmi les caractéristiques sociodémographiques présentées au tableau 2.2, on remarque que le groupe d'âge du parent seul ou des parents n'est pas associé à la pratique de donner, parfois ou à toutes les nuits, le biberon au bébé pour qu'il s'endorme. Les mères n'ayant pas complété des études secondaires y adhèrent cependant plus souvent, soit dans une proportion de 14 %, comparativement à 8 % chez celles détenant un diplôme d'études secondaires, d'une école professionnelle ou d'une école de commerce, et à 4,4 % chez les mères ayant fait des études collégiales ou universitaires.

Le statut d'immigration de la mère s'avère également associé à l'usage du biberon au lit afin d'endormir le bébé la nuit. Notons que cette pratique est trois fois plus fréquente chez les mères immigrantes non européennes que chez les non-immigrantes ou les immigrantes européennes, soit dans des proportions de 19 % et 6 % respectivement. On peut penser que ces mères reproduisent les pratiques reliées aux croyances et aux valeurs de leur pays d'origine. Par exemple, on a observé chez des mères cambodgiennes d'enfants nés aux États-Unis, que le biberon est non seulement un véhicule pour nourrir le bébé mais qu'il constitue également un moyen efficace de le calmer. Issues d'une culture où l'allaitement maternel à la demande prévaut, il n'est pas étonnant de constater que la moitié de ces mères aient répondu qu'elles donnaient un biberon au lit pour endormir leur bébé et le laissaient toute la nuit (Rasbridge et Kulig, 1995).

Tableau 2.2
Répartition des nourrissons selon l'utilisation du biberon pour s'endormir la nuit, et certaines caractéristiques sociodémographiques, 1998

	Biberon pour s'endormir la nuit[1]		x^2
	Jamais	Parfois ou à tous les jours	
	%		
Groupe d'âge des parents			
Le parent seul ou les 2 parents de moins de 25 ans	88,5	11,5*	Non sig.
Au moins 1 parent de 25 ans ou plus	93,1	6,9	
Scolarité de la mère			
Sans diplôme d'études secondaires	86,2	13,8	p < 0,001
Diplôme d'études secondaires, d'études professionnelles ou d'une école de commerce	92,4	7,6	
Diplôme collégial ou universitaire	95,6	4,4*	
Statut d'immigration de la mère			
Non-immigrante ou immigrante européenne	94,1	5,9	p < 0,001
Immigrante non européenne	80,8	19,2	
Niveau de suffisance de revenu[2]			
Oui	95,0	5,0	p < 0,001
Non	85,6	14,4	
Type de familles à l'enquête			
Biparentale	93,3	6,7	p < 0,01
Monoparentale	84,9	15,1*	
Total	**92,5**	**7,5**	–

1. Fréquence hebdomadaire.
2. Le niveau de suffisance de revenu est établi d'après les seuils de faible revenu de Statistique Canada (voir le numéro 2 de la présente collection).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Enfin, la fréquence de donner un biberon pour endormir le nourrisson la nuit est plus élevée lorsque le revenu est insuffisant, soit 14 % comparativement à 5 % en situation de revenu considéré suffisant. On note également que le biberon est donné deux fois plus souvent au nourrisson vivant avec un parent seul plutôt qu'avec ses deux parents (15 % c. 7 %). Ainsi, les stratégies adoptées peuvent résulter d'une méconnaissance des mères

seules souvent issues de milieux défavorisés, ou peut-être encore davantage des contraintes inhérentes au statut de parent seul (ex. : épuisement relié au manque de soutien, priorités centrées davantage sur la survie).

Les analyses conduites en excluant les nourrissons qui reçoivent exclusivement du lait maternel révèlent les mêmes associations (données non présentées).

3. L'utilisation du biberon pour endormir le bébé lors de la ou les siestes le jour

Les résultats présentés au tableau 3.1 indiquent qu'environ un nourrisson sur dix prend un biberon afin de s'endormir au moment de sa ou ses siestes le jour, quelques fois par semaine ou à tous les jours. Une proportion de 12 % d'entre eux (soit 1,3 % de tous les enfants) le gardent pendant leur sommeil (données non présentées).

Tableau 3.1
Répartition des nourrissons selon l'utilisation du biberon pour s'endormir lors de sa ou ses siestes le jour, le temps d'endormissement et le mode d'alimentation, 1998

	Biberon pour s'endormir le jour[1]		x^2
	Jamais	Parfois ou à tous les jours	
	%		
Temps pour s'endormir			
Moins de 30 minutes	90,2	9,8	$p < 0,05$
30 minutes et plus	80,7	19,3*	
Allaitement maternel			
Actuel	96,3	3,7*	$p < 0,001$
Jamais ou a cessé	85,7	14,3	
Total	**89,3**	**10,7**	–

1. Fréquence hebdomadaire.
* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Comme pour la nuit, le plus souvent, soit dans trois cas sur quatre, le biberon contient une formule de lait commercial pour bébés. Le lait de vache n'est donné qu'à 12 % des enfants qui prennent un biberon lors de la ou les siestes, suivi du jus dilué avec de l'eau (2,5 %), du lait commercial avec céréales (2,4 %) ou des biscuits de type Farlay's (0,7 %) et de l'eau (1,9 %). D'autres liquides sont donnés à 1 % ou moins des enfants respectivement, soit un mélange de lait de vache et de formule de lait commercial, du jus, de l'eau avec du miel et du lait maternel (données non présentées).

3.1 Fréquence de l'utilisation en fonction de certaines caractéristiques du bébé

Lorsqu'on compare les périodes d'endormissement de l'enfant (nuit versus jour), on observe une association entre le fait de donner le biberon à l'enfant dans le lit au coucher, la nuit, et lors de sa ou ses siestes le jour. Ainsi, parmi les 8 % de bébés qui ont un biberon dans le lit pour s'endormir la nuit (parfois ou toujours), 60 % en ont également un lors de la ou les siestes le jour. À l'opposé, cette pratique est peu répandue chez les bébés qui n'ont jamais de biberon dans le lit pour s'endormir la nuit (7 % des cas; données non présentées). Étant donné cette association, il n'est pas étonnant d'observer des tendances similaires relatives à certains facteurs prédisposants présentés précédemment. Ainsi, les résultats indiquent que ni le rang de naissance du bébé, ni la prématurité ou encore l'insuffisance de poids à la naissance sont associés à l'utilisation du biberon pour endormir le bébé pour les siestes le jour (données non présentées).

En ce qui concerne les habitudes de sommeil (tableau 3.1), seulement le temps que prend le bébé pour s'endormir a été considéré et se révèle associé de façon significative à l'utilisation du biberon lors des siestes le jour. Les nourrissons dont la période d'endormissement est de 30 minutes et plus ont deux fois plus souvent un biberon que ceux qui s'endorment plus rapidement (19 % et 10 % respectivement). Quant au mode d'allaitement, chez les nourrissons allaités au moment de l'étude, c'est-à-dire qui reçoivent du lait maternel, au sein ou au biberon, de façon exclusive ou en combinaison avec une autre sorte de lait, 3,7 % ont un biberon pour s'endormir le jour comparativement à 14 % chez ceux que la mère n'a jamais allaités ou a cessé de le faire. Ainsi qu'attendu, chez les 17 % de bébés qui ne boivent pas d'autres sortes de lait que le lait maternel, on observe une très faible fréquence de cette pratique (0,3 %) (données non présentées).

3.2 Caractéristiques sociodémographiques reliées au recours au biberon pour endormir le bébé pour sa ou ses siestes le jour

Les résultats, reportés à l'annexe 1, révèlent que la pratique de donner, lors de la sieste, un biberon pour endormir le bébé est plus fréquente lorsque le parent seul ou les deux parents sont âgés de moins de 25 ans, si la mère n'a pas complété des études secondaires ou est immigrante non européenne, si le niveau de revenu est insuffisant ou lorsqu'il s'agit d'une famille monoparentale. Les analyses conduites en excluant les nourrissons qui ne boivent pas d'autre lait que du lait maternel révèlent les mêmes résultats. On remarque cependant que l'écart se creuse en fonction du statut d'immigration de la mère, 25 % des immigrantes non européennes adoptant cette pratique contre 11 % des mères natives du Canada ou immigrantes européennes (données non présentées).

Peu importe les catégories de variables étudiées, on constate toujours que la prévalence de donner un biberon pour endormir le bébé est plus élevée le jour que la nuit. La seule exception concerne l'appartenance ethnoculturelle où on observe que les mères immigrantes non européennes donnent autant le biberon le jour que la nuit lors de l'endormissement du nourrisson (tableau 2.2 et annexe 1).

4. La succion non nutritive : la disponibilité de la suce pour l'endormissement du bébé au lit

La disponibilité de la suce pour l'endormissement du bébé a été mesurée dans la section portant sur ses habitudes de sommeil du questionnaire autoadministré de la mère (QAAM). Dans ce questionnaire, on demande à la mère si son bébé a un ou des objets particuliers pour s'endormir lorsqu'il est dans son lit. La suce, le biberon, un « toutou », une couverture, un mobile, etc. sont considérés comme des objets transitionnels pour s'endormir sans égard à la période de la nuit ou du jour. Bien que l'utilisation de la suce s'inscrive parmi les habitudes de succion non nutritive, les données recueillies ne permettent pas d'en estimer la prévalence de façon précise, en période d'éveil ou de sommeil, ce qui sera fait à un âge plus avancé dans l'ÉLDEQ. Ainsi, uniquement la disponibilité de la suce, seule ou en association avec un autre objet, comme objet transitionnel à l'endormissement est examinée en fonction de diverses caractéristiques du bébé, de la mère et du ménage.

Les résultats présentés au tableau 4.1 indiquent qu'un bébé sur deux a une suce disponible comme objet transitionnel pour s'endormir. Le fait de ne pas avoir une suce peut s'expliquer par le rejet de celle-ci par le nourrisson, par la présence d'un biberon dans son lit pour s'endormir la nuit et/ou le jour, par le fait que l'enfant soit allaité ou encore parce que les parents jugent que ce n'est pas indiqué. Certaines interprétations ont pu être vérifiées. Parmi les bébés qui prennent un biberon pour s'endormir la nuit, moins de 4 sur 10 (36 %) ont une suce alors qu'elle est disponible chez la moitié de ceux qui ne prennent pas de biberon pour s'endormir la nuit. Par ailleurs, la proportion de nourrissons ayant une suce dans le lit est plus élevée chez ceux n'ayant jamais été allaités ou ayant cessé de l'être au moment de l'enquête (56 %) que chez ceux qui sont allaités (38 %). Rappelons toutefois que 50 % des bébés allaités reçoivent aussi une autre sorte de lait que le lait maternel, d'où la possibilité qu'ils se retrouvent parmi ceux dont les parents ont recours au biberon pour l'endormissement. Les bébés allaités exclusivement (17 %) auraient par contre moins de chance d'être mis au lit avec une suce, étant donné la recommandation de ne pas leur en donner au cours des premières semaines afin de favoriser l'allaitement, habitude susceptible de persister par la suite (Doré et Le Hénaff, 1998; Victora et autres, 1993).

Tableau 4.1
Répartition des nourrissons selon la disponibilité de la suce, seule ou en association avec un autre objet, pour s'endormir au lit, selon diverses caractéristiques, 1998

	Suce pour s'endormir au lit		x^2
	Non	Oui	
	%		
Biberon pour s'endormir au lit la nuit[1]			
Jamais	49,2	50,8	p < 0,01
Parfois ou à tous les jours	63,9	36,1	
Allaitement maternel			
Actuel	62,1	37,9	p < 0,001
Jamais ou a cessé	44,2	55,8	
Temps pour s'endormir			
Moins de 30 minutes	49,1	50,9	p < 0,001
30 minutes et plus	68,2	31,8	
Statut d'immigration de la mère			
Non-immigrante ou immigrante européenne	48,6	51,4	p < 0,001
Immigrante non européenne	63,6	36,4	
Niveau de suffisance de revenu[2]			
Oui	47,8	52,2	p < 0,01
Non	56,8	43,2	
Type de familles à l'enquête			
Biparentale	49,5	50,5	p < 0,05
Monoparentale	59,7	40,3	
Total	**50,3**	**49,7**	–

1. Fréquence hebdomadaire.
2. Le niveau de suffisance de revenu est établi d'après les seuils de faible revenu de Statistique Canada (voir le numéro 2 de la présente collection).

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

En ce qui a trait au temps d'endormissement du bébé, on peut observer au tableau 4.1 qu'environ la moitié des nourrissons prenant moins de 30 minutes pour s'endormir ont une suce alors

que seulement 32 % des autres enfants présentent cette habitude. Ces données suggèrent que la suce pourrait avoir un effet apaisant. Les bébés dont la mère est immigrante non européenne ont moins fréquemment une suce au moment de l'endormissement. En effet, environ 36 % d'entre eux ont une suce dans leur lit comparativement à 51 % des bébés dont la mère est non immigrante ou immigrante européenne (tableau 4.1). On pourrait penser alors que cette habitude est moins ancrée dans la culture de certaines ethnies où par exemple des croyances négatives à l'égard de donner une suce à un enfant y sont véhiculées (Rasbridge et Kulig, 1995).

Contrairement à ce qui a été observé pour l'utilisation du biberon pour l'endormissement du bébé, la nuit ou le jour, la disponibilité d'une suce est moins fréquente lorsque le ménage bénéficie d'un revenu se situant sous le seuil de faible revenu et chez les enfants vivant en famille monoparentale, soit autour de 40 %, comparativement à environ 52 % en situation inverse. La disponibilité de la suce ne s'avère pas associée, par contre, à l'âge ou au niveau de scolarité des parents (données non présentées).

5. La prise de suppléments de vitamines et/ou minéraux contenant des fluorures

Dans le questionnaire papier rempli par l'intervieweure (QPRI), le nom du ou des suppléments de vitamines et/ou minéraux donnés au bébé âgé d'environ 5 mois a été colligé. Il a été possible de dresser une liste des produits reconnus comme contenant des fluorures à partir des noms mentionnés par les répondantes.

Les résultats obtenus indiquent que 23 % des nourrissons d'environ 5 mois reçoivent un supplément de vitamines et/ou minéraux. Par ailleurs, seulement 1,7 % de l'ensemble des bébés prennent un supplément avec fluorures (données non présentées). Bien entendu, une si faible fréquence ne favorise pas des analyses détaillées qui permettraient de caractériser les bébés recevant des suppléments fluorurés.

Il n'est toutefois pas étonnant de constater que peu de nourrissons en reçoivent, étant donné que la recommandation professionnelle concernant la prise de suppléments fluorurés vise les enfants âgés de 6 mois et plus, lorsque l'eau de consommation est non fluorurée.

6. Discussion

L'utilisation inappropriée du biberon, telle que l'habitude de laisser un enfant dormir avec un biberon contenant du lait, du lait maternel, une formule de lait commercial pour bébés ou du jus, entraîne une exposition prolongée des dents aux sucres et pourrait augmenter les risques de carie. La présente étude a permis de mettre en évidence certains facteurs prédisposant à l'utilisation du biberon pour endormir au lit le bébé d'environ 5 mois, pour la nuit ou sa ou ses siestes. Les résultats de l'ÉLDEQ indiquent que 8 % des bébés âgés d'environ 5 mois ont, quelques fois par semaine ou à toutes les nuits, un biberon pour s'endormir au lit. En ce qui concerne l'endormissement pour la sieste, 11 % des bébés en font l'usage selon les mêmes fréquences hebdomadaires. Rappelons que deux études (Hinds et Gregory, 1995; Kaste et Gift, 1995;), mesurant l'utilisation courante du biberon au lit lors du coucher dans un échantillon aléatoire représentatif d'une population générale, rapportaient des prévalences d'utilisation de 18 % et 20 %, chez des enfants âgés respectivement de 6 à 60 mois et de 30 à 42 mois. On pourrait donc s'attendre à ce que la prévalence observée augmente au cours des volets subséquents de l'étude. Que ce soit pour l'endormissement le jour ou la nuit, le biberon contient dans 75 % des cas une formule de lait commercial pour bébés, suivie du lait de vache pour environ 15 % des nourrissons et d'autres liquides sucrés dans environ 5 % des cas. Bien que l'eau soit le seul liquide recommandé pour le biberon lors de l'endormissement, on ne l'utilise que dans une proportion toujours inférieure à 2 %.

Même si, à l'échelle provinciale, une faible proportion de nourrissons ont recours au biberon pour s'endormir la nuit ou le jour, des tendances s'observent et permettent de dégager certaines cibles et pistes d'intervention. Ainsi, la proportion de nourrissons qui s'endorment parfois ou toujours à l'aide d'un biberon la nuit est plus forte chez ceux qui ne font pas leur nuit tandis que le fait de prendre 30 minutes et plus pour s'endormir est associé seulement à l'utilisation du biberon lors des siestes le jour. Les bébés allaités au moment de l'étude (34 %), c'est-à-dire ceux qui reçoivent du lait maternel, au sein ou au biberon, de façon exclusive ou en combinaison avec une autre sorte de lait, ont moins fréquemment un biberon au lit, le jour ou la nuit, comparativement à ceux que la mère n'a jamais allaités ou a cessé de le faire. On retrouve également plus fréquemment cette pratique lorsque la mère n'a pas complété des études secondaires ou est immigrante non européenne, lorsque le niveau de revenu du ménage est insuffisant ou chez les enfants vivant en famille monoparentale. Malheureusement, dû à des fréquences faibles et des effectifs réduits dans certaines catégories de variables, l'effet de confusion des divers facteurs sur les associations observées n'a pas pu être contrôlé, que ce soit par des analyses stratifiées multiples ou par des modèles multivariés.

L'utilisation de la suce s'inscrit parmi les habitudes de succion non nutritive susceptibles d'avoir des effets sur la dentition qui dépendent de l'intensité, de la durée et de la fréquence. Rappelons que les données recueillies ne permettent pas d'en estimer la prévalence de façon précise, en période d'éveil ou de sommeil, ce qui sera fait ultérieurement dans le cadre de l'ÉLDEQ. Ainsi, les résultats révèlent qu'un bébé sur deux a une suce dans son lit, seule ou en association avec un autre objet, comme objet transitionnel à l'endormissement. Dans une étude antérieure réalisée au Québec (Lepage et Moisan, 1998), 89 % des mères d'un premier bébé, âgé d'environ 6 mois, avaient déjà offert une suce à leur enfant qui, une fois sur six, l'aurait cependant refusée.

À l'opposé du biberon, la disponibilité de la suce pour l'endormissement est plus fréquente parmi les nourrissons qui prennent moins de 30 minutes pour s'endormir. On peut y voir un effet apaisant associé à la disponibilité de la suce ou une tendance à offrir moins souvent la suce que le biberon aux nourrissons qui tardent à s'endormir. La proportion de nourrissons ayant une suce dans le lit est plus élevée chez ceux que la mère n'a jamais allaités ou a cessé d'allaiter au moment de l'étude. La recommandation de ne pas donner une suce au cours des premières semaines afin de favoriser l'allaitement peut possiblement persister comme habitude à l'âge d'environ 5 mois (Doré et Le Hénaff, 1998; Victora et autres, 1993). Par contre, les bébés dont la mère est immigrante non européenne ont moins fréquemment une suce au moment de l'endormissement. On observe également que la disponibilité d'une suce est moins fréquente lorsque le revenu est insuffisant.

Ces constats laissent envisager un effet socioculturel relié à l'utilisation du biberon ou à la disponibilité de la suce pour l'endormissement des nourrissons. On peut penser que lorsque les mères immigrantes non européennes adoptent l'alimentation

au biberon pour leur bébé, elles reproduisent les pratiques d'allaitement reliées aux croyances et aux valeurs de leur pays d'origine. L'utilisation du biberon pour endormir le bébé au lit peut ainsi signifier vouloir son bien-être en le nourrissant adéquatement, au lieu de simplement lui offrir une suce (Rasbridge et Kulig, 1995). On peut aussi postuler un manque d'accessibilité à l'information relative aux méfaits de l'utilisation du biberon pour l'endormissement, occasionné par les barrières linguistiques ou culturelles. S'inscrivent également parmi les interprétations d'une plus grande utilisation du biberon pour l'endormissement, une méconnaissance ou un choix de la part des parents jeunes, peu scolarisés ou issus de milieux défavorisés, et les contraintes inhérentes au statut de parent seul. Soulignons cependant que les parents peuvent adopter des pratiques nouvelles lors du passage de l'allaitement à l'utilisation d'une formule de lait commercial pour bébés.

Quant aux suppléments fluorurés, très peu de nourrissons d'environ 5 mois en reçoivent. Cette observation indique que les parents semblent s'en tenir aux recommandations concernant leur utilisation, soit à partir de l'âge de 6 mois en tenant compte de l'exposition du bébé à d'autres sources de fluorures. On peut toutefois prévoir une augmentation de la proportion des enfants qui recevront des suppléments fluorurés au cours des prochains volets de l'étude. Il a d'ailleurs été observé que 18 % d'un échantillon de premiers bébés québécois en avaient déjà pris à l'âge de 6 mois (Lepage et Moisan, 1998).

Les résultats présentés ici permettent peu de comparaisons avec ceux rapportés dans la littérature étant donné le caractère unique de cette étude longitudinale qui, par surcroît, débute avant l'éruption des dents et l'apparition des problèmes de santé buccodentaire. L'ÉLDEQ permet en effet d'obtenir, à un âge précoce, des données sur plusieurs habitudes reliées à la santé dentaire. Nous pourrons donc documenter les pratiques parentales courantes, sans biais associé aux études rétrospectives auprès d'enfants plus âgés. Bien qu'elles n'offrent pas la totalité des réponses, les connaissances générées dans ce premier volet de l'étude peuvent déjà guider les actions de prévention et de promotion en santé buccodentaire. Ainsi, concernant la prévention de la carie dentaire, les outils d'intervention et leur contenu pourront cibler des clientèles précises comme les parents jeunes, peu scolarisés, immigrants non européens et ceux ayant un faible revenu. D'autres actions pourraient avantageusement s'intégrer à des stratégies de parentage visant l'alimentation et le sommeil des nourrissons.

Les volets subséquents de l'étude, tout en suivant l'évolution des pratiques décrites précédemment, examineront d'autres déterminants de la santé buccodentaire, tels l'hygiène buccale, les habitudes alimentaires et de succion, l'utilisation des services dentaires et l'état de santé général du nourrisson. Seront également explorés des facteurs susceptibles d'influencer les pratiques parentales reliées à la santé buccodentaire, tels les habitudes de sommeil, le tempérament et le développement de l'enfant. Enfin, un éventuel volet clinique dans lequel seraient examinés les tout-petits permettrait de mieux comprendre l'étiologie des affections buccodentaires chez les enfants québécois d'âge préscolaire.

Annexe 1

Répartition des nourrissons selon l'utilisation du biberon pour s'endormir lors de sa ou ses siestes le jour, le temps d'endormissement et le mode d'alimentation, 1998

	Biberon pour s'endormir le jour[1]		x^2
	Jamais	Parfois ou à tous les jours	
	%		
Groupe d'âge des parents			
Le parent seul ou les 2 parents de moins de 25 ans	82,8	17,2*	$p < 0,05$
Au moins 1 parent de 25 ans ou plus	90,2	9,8	
Scolarité de la mère			
Sans diplôme d'études secondaires	80,6	19,4	$p < 0,001$
Diplôme d'études secondaires, d'études professionnelles ou d'une école de commerce	88,5	11,5	
Diplôme collégial ou universitaire	94,4	5,6	
Statut d'immigration de la mère			
Non-immigrante ou immigrante européenne	90,5	9,5	$p < 0,01$
Immigrante non européenne	80,6	19,4*	
Niveau de suffisance de revenu[2]			
Oui	92,4	7,7	$p < 0,001$
Non	80,9	19,1	
Type de familles à l'enquête			
Biparentale	90,5	9,5	$p < 0,01$
Monoparentale	78,4	21,6*	
Total	**89,3**	**10,7**	–

1. Fréquence hebdomadaire.
2. Le niveau de suffisance de revenu est établi d'après les seuils de faible revenu de Statistique Canada (voir le numéro 2 de la présente collection).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *ÉLDEQ 1998-2002*.

Bibliographie

AL-DASHTI, A. A., S.A. WILLIAMS et M. E. J. CURZON (1995). « Breast feeding, bottle feeding and dental caries in Kuwait, a country with low-fluoride levels in the water supply », *Community Dental Health*, vol. 12, n° 1, p. 42-47.

ALBERT, R. J., R.Y. CANTIN, H. G. CROSS et C. R. CASTALDI (1988). « Nursing caries in the Inuit children of the Keewatin », *Journal de l'Association dentaire canadienne*, vol. 54, n° 10, p. 751-758.

ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE (Page consultée le 1er novembre 1999). *Site de l'Association dentaire canadienne*, Votre santé dentaire, Dents des enfants, [http://www.cda-adc.ca].

BOCK, G.R., J.A. GOODE, eds, (1996). *Genetics of criminal and antisocial behavior*, CIBA Foundation Symposium 1994, Toronto: John Wiley & Sons.

BRODEUR, J. M., M. OLIVIER, M. PAYETTE, M. BENIGERI , S. WILLIAMSON et C. BEDOS (1999). *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, vol. 11, 148 p.(Collection analyses et surveillance).

BRUUN, R. A., J. L. HERTZBERG et B. H. TAYER (1991). « Oral Habits : Non-Nutritive Sucking and Tongue Thrusting », American Association of Orthodontists, *Orthodontic Dialogue*, vol. 4, n° 1, p. 2-3.

BUITHIEU, H., et M. C. DUBÉ (1996). « La succion : une revue des problèmes associés et recommandations », *Journal dentaire du Québec*, vol. 33, p. 279-285.

COIE, J.D., N.F. WATT, S,G. WEST, J.D. HAWKINS, J.R. ASARNOW, H.J. MARKMAN, S.L. RAMEY, M.B. SHURE, and B. LONG (1993). « The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a National Research Program », *American Psychologist*, 48: 1013-1022.

CORBEIL, P., J. M. BRODEUR et M. NOISEUX (1996). *Enquête sur la santé dentaire des écoliers de maternelle, deuxième et sixième année en Montérégie 1994-1995*, Greenfield Park, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

DERKSON, G. D., et P. PONTI (1982). « Nursing Bottle Syndrome; prevalence and etiology in a non-fluoridated city », *Journal de l'Association dentaire canadienne*, vol. 48, n° 6, p. 389-393.

DORÉ, N., et D. LE HÉNAFF (1998). *Mieux vivre avec son enfant : de la naissance à deux ans*, Guide pratique pour les parents, Québec, Direction de la santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 432 p.

DUNCAN, G., J. BROOKS-GUNN (1997). *Consequences of growing up poor*, New York, Russell Sage.

DUROCHER, J., et J. M. BRODEUR (1998). *Évaluation de l'application du Programme public de services dentaires préventifs*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, vol. 7, 181 p. (Collection analyses et surveillance)

ERONAT, N., et E. EDEN (1992). « A comparative study of some influencing factors of rampant or nursing caries in preschool children », *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, vol. 16, n° 4, p. 275-279.

FADAVI, S., I. PUNWANI et D. VIDYASAGAR (1993). « Prevalence of dental caries in prematurely-born children », *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, vol. 17, n° 3, p. 163-165.

FEBRES, C., E. A. ECHEVERRI et H. J. KEENE (1997). « Parental awareness, habits, and social factors and their relationship to baby bottle tooth decay », *Pediatric Dentistry*, vol. 19, n° 1, p. 22-27.

FRIMAN, P. C., K. M. McPHERSON, W. J. WARZAK et J. EVANS (1993). « Influence of Thumb Sucking on Peer Social Acceptance in First-Grade Children », *Pediatrics*, vol. 91, n° 4, p. 784-786.

GÉNÉREUX, M. (1998). *Programme public de services dentaires préventifs : bilan sous-régional des activités du programme 1997-1998, Est et Nord-Ouest de Montréal*, Montréal, Module santé dentaire, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

GODSON, J. H., et S. A. WILLIAMS (1996). « Oral health and health related behaviours among three-year-old children born to first and second generation Pakistani mothers in Bradford, UK », *Community Dental Health*, vol. 13, p. 27-33.

HARRIS, J.R. (1998). *The nurture assumption: Why children turn out the way they do* , New York, The Free Press.

HARRIS, J.R. (1995). « Where is the child's environment? A group socialization theory of development », *Psychological Review*, 102 (3): 458-489.

HINDS, K., et J. R. GREGORY (1995). « National diet and nutrition survey : children aged 12 to 42 years », *Report of the dental survey*, London, HMSO, vol. 2.

HOLT, R. D., D. JOELS et G. B. WINTER (1982). « Caries in pre-school children : The Camden study », *British Dental Journal*, vol. 153, n° 3, p. 107-109.

ISMAIL, A. I. (1998). « Prevention of early childhood caries », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 26, supplement 1, p. 49-61.

KASTE, L. M., et H. C. GIFT (1995). « Inappropriate Infant Bottle Feeding : Status of the Healthy People 2000 Objective », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 149, p. 786-791.

KINIRONS, M., et M. McCABE (1995). « Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children », *Community Dental Health*, vol. 12, n° 4, p. 226-229.

LACROIX, I., H. BUITHIEU et D. KANDELMAN (1997). « La carie du biberon », *Journal dentaire du Québec*, vol. 34, p. 369-376.

LEPAGE, M. C., et J. MOISAN (1998). *Étude sur l'alimentation du nourrisson chez les femmes primipares du Québec*, Québec, Direction de la santé publique de Québec, Faculté de Pharmacie de l'Université Laval, 58 p.

LEVY, S. M., J. J. WARREN, S. L. SLAGER, A. J. NOWAK et B.T. LEVY (1998). « Associations between nonnutritive sucking and cessation of breastfeeding », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 58, n° 2 (abstract), p. 183.

Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., chapitre P-35).

MASSLER, M. (1983). « Oral Habits : Development and Management », *The Journal of Pedodontics*, vol. 27, p. 109-119.

MATEE, M. I. N., M. A. VAN'T HOF, S. Y. MASELLE, F. H. M. MIKX et W. H. VAN PALENSTEIN HELDERMAN (1994). « Nursing caries, linear hypoplasia, and nursing and weaning habits in Tanzanian infants », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 22, p. 289-293.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1990). Comité d'orientation du programme de santé dentaire publique, *Programme public de services dentaires préventifs, révision 1990*, Québec, Gouvernement du Québec, 30 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du Groupe de travail pour les jeunes, Gouvernement du Québec, Direction des communications.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). « Les problèmes de santé dentaire », *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 103-106.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec.

MORLEY, K. R., et T. McINTYRE (1994). « Management Of Non-Nutritive Or Digit-Sucking Habits In Children - A Practical Approach », *Journal de l'Association dentaire canadienne*, vol. 60, n° 11, p. 969-972.

MRAZEK, P. J., and R. J. HAGGERTY, eds, (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Washington, National Academy Press.

NOWAK, A. J. (1991). « Conference Report : Feeding and Dentofacial Development », *Journal of Dental Research*, vol. 70, n° 2, p. 159-160.

O'SULLIVAN, D. M., et N. TINANOFF (1993). « Social and biological factors contributing to caries of the maxillary anterior teeth », *Pediatric Dentistry*, vol. 15, n° 1, p. 41-44.

OLDS, D., C.R. HENDERSON, R. COLE, J. ECKENRODE, H. KITZMAN, D. LUCKEY, L. PETTITT, K. SIDORA, P. MORRIS, and J. POWERS (1998). « Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial », *JAMA 280* (14): 1238-1244.

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (Page consultée le 1er novembre 1999). *Site de l'Ordre des dentistes du Québec*, Consommateurs et patients, Les Info-Capsules, Les soins dentaires au quotidien, [http://www.odq.qc.ca].

PAYETTE, M., J. B. L'HEUREUX et Y. LEPAGE (1987). *Enquête santé dentaire Québec 1983-1984*, rapport complémentaire, volet provincial, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, Division CH-DSC, Ministère de la santé et des affaires sociales, 310 p., annexes I, II et III.

PAYETTE, M., J. M. BRODEUR, Y. LEPAGE et R. PLANTE (1991). *Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans*, rapport final, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, Division CH-DSC, 260 p.

POPOVICH, F., et G. W. THOMPSON (1973). « Thumb-and finger-sucking : Its relation to malocclusion », *American Journal of Orthodontics*, vol. 63, n° 2, p. 148-155.

POWELL, D. (1976). « Milk... is it related to rampant caries of the early primary dentition? », *Journal of the California Dental Association*, vol. 4, p. 58-63.

RASBRIDGE, L. A., et J. C. KULIG (1995). « Infant Feeding Among Cambodian Refugees », *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, vol. 20, p. 213-218.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (1998). « Statistiques annuelles 1997 », *Les services dentaires*, Québec, RAMQ, p. 118-155.

REISINE, S., et J. M. DOUGLASS (1998). « Psychosocial and behavioral issues in early childhood caries », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 26, supplement 1, p. 32-44.

RIPA, L. W. (1988). « Nursing caries : a comprehensive review », *Pediatric Dentistry*, vol. 10, n° 4, p. 268-282.

ROBERTS, G. J., P. E. CLEATON-JONES, L. P. FATTI, B. D. RICHARDSON, R. E. SINWEL, J. A. HARGREAVES et S. WILLIAMS (1993). « Patterns of breast and bottle feeding and their association with dental caries in 1- to 4-year-old South African children », 1. Dental caries prevalence and experience, *Community Dental Health*, vol. 10, n° 4, p. 405-413.

ROSENBAUM, D.P. and G.S. HANSON (1998). « Assessing the effects of school-based drug education: A six-year multilevel analysis of Project D.A.R.E. », *Journal of Research in Crime & Delinquency*, 35 (4): 381-412.

ROWE, D.C. (1994) . *The limits of family influence. Genes, experience, and behavior*, New York, Guilford Press.

RUTTER, M., H. GILLER and A. HAGELL (1998). *Antisocial behavior by young people*, New York, Cambridge University Press.

SCHWARTZ, S. S., R. G. ROSIVACK et P. MICHELOTTI (1993). « A child's sleeping habit as a cause of nursing caries », *Journal of Dentistry for Children*, vol. 60, p. 22-25.

SERWINT, J. R., R. MUNGO, V. F. NEGRETE, A. K. DUGGAN et B. M. KORSCH (1993). « Child-Rearing Practices and Nursing Caries », *Pediatrics*, vol. 92, n° 2, p. 233-237.

SHANTINATH, S. D., D. BREIGER, B. J. WILLIAMS et J. E. HASAZI (1996). « The relationship of sleep problems and sleep-associated feeding to nursing caries », *Pediatric Dentistry*, vol. 18, n° 5, p. 375-378.

SHEIN, B., A. TSAMTSOURIS et J. ROVERO (1991). « Self reported compliance and the effectiveness of prenatal dental education », *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, vol. 15, n° 2, p. 102-108.

SILVER, D. H. (1992). « A comparison of 3-year-olds' caries experience in 1973, 1981, and 1989, in a Hertfordshire town, related to family behavior and social class », *British Dental Journal*, vol. 172, p. 191-197.

TREMBLAY, R.E., and W. CRAIG (1995). « Developmental crime prevention », in: M. Tonry, D.P. Farrington, eds, *Building a safer society: Strategic approaches to crime prevention*, vol. 19, Chicago, The University of Chicago Press, p. 151-236.

TREMBLAY, R.E., D. LEMARQUAND, et F. VITARO (1999). « The prevention of ODD and CD », in: H.C. Quay, A.E. Hogan, eds, *Handbook of disruptive behavior disorders*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 525-555.

TURGEON-O'BRIEN, H., D. LACHAPELLE, P. F. GAGNON, I. LAROCQUE et L. F. MAHEU-ROBERT (1996). « Nutritive and nonnutritive sucking habits : A review », *Journal of Dentistry for Children*, September-October, p. 321-327.

VADIAKAS, G., C. OULIS et E. BERDOUSES (1998). « Profile of non-nutritive sucking habits in relation to nursing behavior in pre-school children », *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, vol. 22, n° 2, p. 133-136.

VICTORA, C. G., E. TOMASI, M. T. A. OLINTO et F. C. BARROS (1993). « Use of pacifiers and breastfeeding duration », *The Lancet*, vol. 341, p. 404-406.

VITARO, F., R.E. TREMBLAY, M. KERR , L. PAGANI-KURTZ and W.M. BUKOWSKI (1997). « Disruptiveness, friends' characteristics, and delinquency in early adolescence: A test of two competing models of development », *Child Development*, 68 (4): 676-689.

WEINSTEIN, P., D. OBERG, P. K. DOMOTO, E. JEFFCOTT et B. LEROUX (1996a). « A prospective study of the feeding and brushing practices of WIC mothers : six and twelve-month data and ethnicity and familial variables », *Journal of Dentistry for Children*, vol. 63, p. 113-117.

WEINSTEIN, P., W. F. SMITH, N. FRASER-LEE, T. SHIMONO et J. TSUBOUCHI (1996b). « Epidemiologic study of 19-month-old Edmonton, Alberta children : Caries rates and risk factors », *Journal of Dentistry for Children*, vol. 63, n° 6, p. 426-433.

WEINSTEIN, P., P. DOMOTO, K. WOHLERS et M. KODAY (1992). « Mexican-American parents with children at risk for baby bottle tooth decay : Pilot study at a migrant farmworkers clinic », *Journal of Dentistry for Children*, vol. 59, p. 376-383.

WEINSTEIN, P. (1998). « Public health issues in early childhood caries », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 26, supplement 1, p. 84-90.

Liste des numéros inclus dans le volume 1 de la collection

Ce document fait partie d'une série de numéros composant le volume 1 d'un rapport cité comme suit : JETTÉ, M., H. DESROSIERS, R. E. TREMBLAY et J. THIBAULT (2000). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1.

Voici la liste de tous les numéros disponibles :

JETTÉ, M., et L. DES GROSEILLIERS (2000). « Enquête : description et méthodologie » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, nº 1.

DESROSIERS, H. (2000). « Milieux de vie : la famille, la garde et le quartier » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, nº 2.

SÉGUIN, L., L. POTVIN, K. FROHLICH et C. DUMAS (2000). « Conditions de vie, santé et développement, section I - Santé et développement en milieu de pauvreté » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, nº 3. (À paraître en 2001)

PAQUET, G., et L. DUBOIS (2000). « Conditions de vie, santé et développement, section II - Inégalités sociales et devenir des enfants » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, nº 3. (À paraître en 2001)

PETIT, D., C. SIMARD, J. PAQUET et J. MONTPLAISIR (2000). « Le sommeil » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, nº 4.

DUBOIS, L., B. BÉDARD, M. GIRARD et É. BEAUCHESNE (2000). « L'alimentation » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, nº 5.

VEILLEUX, G., M. OLIVIER, J. DUROCHER, M. GÉNÉREUX et M. LÉVY (2000). « Habitudes reliées à la santé buccodentaire » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, nº 6.

JAPEL, C., R. E. TREMBLAY, P. McDUFF et M. BOIVIN (2000). « Le tempérament » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, nº 7.

C. JAPEL, R. E. TREMBLAY, P. McDUFF et A. GIRARD (2000). « Développement moteur, social et cognitif, section I - Développement moteur et social » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, nº 8.

BAILLARGEON, R., C. JAPEL, P. McDUFF et A. GIRARD (2000). « Développement moteur, social et cognitif, section II - Développement cognitif » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, nº 8.

JAPEL, C., R. E. TREMBLAY et P. McDUFF (2000). « Santé et adaptation sociale des parents, section I - Habitudes de vie et état de santé » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, nº 9.

ZOCCOLILLO, M. (2000). « Santé et adaptation sociale des parents, section II - Adaptation sociale » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, nº 9.

BOIVIN, M., D. PÉRUSSE, V. SAYSSET, N. TREMBLAY et R. E. TREMBLAY (2000). « Conduites parentales et relations familiales, section I - Les cognitions et les conduites parentales » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 10.

JAPEL, C., R. E. TREMBLAY et P. McDUFF (2000). « Conduites parentales et relations familiales, section II - Le milieu familial » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 10.

MARCIL-GRATTON, N., et H. JUBY (2000). « Vie conjugale des parents, section I - Le passé conjugal des parents : un déterminant de l'avenir familial des enfants? » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 11.

DESROSIERS, H., M. BOIVIN et V. SAYSSET (2000). « Vie conjugale des parents, section II - Le soutien du conjoint : qu'en pensent les mères? » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 11.

THIBAULT, J., M. JETTÉ, H. DESROSIERS et R.E. TREMBLAY (2000). « Aspects conceptuels et opérationnels, section I - Conception de la phase I de l'ÉLDEQ, instruments et déroulement » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 12. (À paraître en décembre).

DESROSIERS, H., M. BOIVIN et L. DES GROSEILLIERS (2000). « Aspects conceptuels et opérationnels, section II - Les données, les variables dérivées et les échelles » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 12. (À paraître en décembre)

NDLR : il n'est pas exclu que d'autres numéros soient publiés dans le cadre du volume 1 de la présente collection, soit en décembre 2000 ou encore en 2001.